

ENCUESTA DE SERVICIOS JUVENILES PARA LAS FAMILIAS* (YSS-F)

Por favor ayude a nuestra agencia a mejorar los servicios que le ofrecemos a su hijo(a), contestando algunas preguntas. Sus respuestas serán confidenciales y la manera en que usted responda no influenciará en los servicios que su hijo(a) recibe actualmente o en el futuro. **Por favor rellene completamente el círculo que corresponda con su opinion sobre cada una de las siguientes declaraciones.** **EJEMPLO:** Correcto ● Incorrecto ✗

Por favor responda las siguientes preguntas basándose en los **últimos 6 meses** que su hijo(a) recibió servicios. Si su hijo(a) no a recibido servicios por 6 meses, responda basándose en los servicios que a recibido hasta ahora. Indique si usted está **Definitivamente en desacuerdo, En desacuerdo, Indeciso, De acuerdo o Definitivamente de acuerdo** con cada una de las siguientes declaraciones. Si la pregunta es sobre algo que su hijo(a) no a experimentado, rellene el círculo que dice **No aplica** para indicar que está declaración no le aplica a usted.

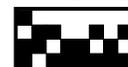
	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
1. En general, yo estoy satisfecho(a) con los servicios que mi hijo(a) a recibido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Yo ayudé a escoger los servicios para mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Yo ayudé a escoger las metas para el tratamiento de mí hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Las personas que ayudaron a mi hijo(a) estuvieron junto a nosotros durante el proceso .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentí que mi hijo(a) tenía a alguien con quien platicar cuando el / ella tenia una preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Yo participe en el tratamiento de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Los servicios que mi hijo(a) y familia recibieron eran los adecuados para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La localidad de los servicios era conveniente para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Los servicios estaban disponible a horarios que eran convenientes para nosotros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mi familia recibió la ayuda que nosotros queríamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi familia recibió la mayoría de la ayuda que necesitábamos para nuestro hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. El personal me trató con respeto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. El personal respeto la religión y las creencias espirituales de mi familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. El personal me habló de una forma en la que yo pude entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. El personal tomó en cuenta y fue sensible a mi cultura y antecedentes étnicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Como resultado de los servicios que mi familia recibió:

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
16. Mi hijo(a) maneja mejor su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Mi hijo(a) se lleva mejor con miembros de la familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Mi hijo(a) se lleva mejor con sus amigos(as) y otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. A mi hijo(a) le está hiendo mejor en la escuela o en el trabajo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mi hijo(a) maneja mejor las situaciones cuándo algo le sale mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. En este momento estoy satisfecho(a) con nuestra vida familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mi hijo(a) es más capaz de hacer cosas que el/ella quiere hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

23462



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Para preguntas #23 a 26, por favor responda tomando en cuenta las relaciones que usted tiene con otras personas que no sean su proveedor(es) de salud mental.

Como resultado de los servicios que mi hijo(a) y familia recibió:

	Definitivamente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso(a)	De acuerdo	Definitivamente de acuerdo	No Aplica
23. Conozco a gente que me escucha y entiende cuando necesito hablar con alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo personas con las cuales me siento cómodo(a) para platicarles sobre los problemas de mi hijo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. En caso de una crisis, yo tendría el apoyo que necesito de mi familia o amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Tengo personas con las cuales puedo hacer cosas agradables y que disfruto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. ¿Que ha sido lo que más le ha ayudado de los servicios que usted y su hijo(a) han recibió durante los pasados 6 meses?

28. ¿Que podríamos hacer para mejorar los servicios que ofrecemos aquí?

29. Si tiene algún comentario escríbalo en este espacio, o si es necesario detrás de esta página. Estamos interesados en escuchar sus comentarios, ya sean positivos o negativos.

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos deje saber como su hijo(a) se encuentra.

1. ¿Actualmente, esta su hijo(a) viviendo con usted? Sí No

2. ¿Durante los pasados 6 meses, a vivido su hijo(a) en alguno de los siguientes lugares?

(POR FAVOR MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Con uno o ambos padres | <input type="radio"/> Albergue temporal para personas sin hogar (homeless shelter) | <input type="radio"/> En una cárcel local o centro de detención |
| <input type="radio"/> Con algún familiar | <input type="radio"/> En una casa hogar (group home) | <input type="radio"/> Centro correccional estatal |
| <input type="radio"/> En un hogar temporal (foster home) | <input type="radio"/> En un centro de tratamiento residencial | <input type="radio"/> Se fue de la casa/no tiene donde vivir/vive en la calle |
| <input type="radio"/> En un hogar temporal teurapeutico (therapeutic foster home) | <input type="radio"/> En un hospital | <input type="radio"/> En otro lugar (describalo): _____ |
| <input type="radio"/> Albergue de crisis (crisis shelter) | | |

3. ¿Durante el año pasado, visito su hijo(a) a un doctor(a)/medico o enfermera para un chequeo de salud o porque se sintió enfermo(a)? (Por favor marque solo una respuesta)

- Sí, en una clínica o oficina Sí, pero nada más en un cuarto de hospital de emergencia No No recuerdo

4. ¿Esta su hijo(a) tomando medicamentos para controlar problemas emocionales o de comportamiento? Sí No

4a. ¿Sí esta tomando medicamentos, le informo su doctor(a) o enfermera sobre los efectos secundarios que su hijo(a) podría experimentar? Sí No

5. ¿Aproximadamente, ¿cuanto tiempo tiene su hijo(a) recibiendo servicios aquí?

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Está es la primera visita de mi hijo(a) aquí. | <input type="radio"/> 1 a 2 meses | <input type="radio"/> Más de 1 año |
| <input type="radio"/> Mi hijo(a) a tenido más de una visita pero a recibido servicios por menos de un mes. | <input type="radio"/> 3 a 5 meses | |
| | <input type="radio"/> 6 meses a 1 año | |

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

23462



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Por favor responda preguntas # 6 a 11 si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por UN AÑO o MENOS. Si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por "MAS DE UN AÑO" pase a la pregunta #12.

6. ¿Ha sido su hijo(a) arrestado(a) desde que empezó a recibir servicios de salud mental? Sí No
7. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antes de recibir servicios? Sí No
8. Desde que su hijo(a) empezó a recibir servicios de salud mental, sus encuentros con la policía han:
- Disminuido (por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, no ha llevado a un albergue o programa de crisis)
 - Mantenido igual
 - Incrementado
 - No aplica (No a tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)
9. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela desde que empezó a recibir servicios? Sí No
10. ¿Durante los pasados 12 meses, antes de recibir servicios fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela? Sí No
11. Desde que mi hijo(a) empezó a recibir servicio de salud mental, el número de días que el/ella ha estado asistiendo a la escuela a:
- Aumentado
 - Seguido igual
 - Disminuido
 - No aplica (Por favor escoja la razón por la cual esta pregunta no aplica)
 - Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
 - Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
 - Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública
 - Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

PASE, a la pregunta # 18 en la siguiente página

Por favor responda preguntas # 12 a 17 nada más si su hijo(a) a estado recibiendo servicios de salud mental por "MAS DE UN AÑO."

12. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los pasados 12 meses? Sí No
13. ¿Fue su hijo(a) arrestado(a) durante los 12 meses antepasados? Sí No
14. Durante el ultimo año, los encuentros de su hijo(a) con la policía han:
- Disminuido (por ejemplo, no ha sido arrestado, molestado por la policía, sido llevado a un albergue o programa de crisis)
 - Mantenido igual
 - Incrementado
 - No aplica (No e tenido ningún encuentro con la policía este año o el año pasado)
15. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los pasados 12 meses? Sí No
16. ¿Fue su hijo(a) expulsado(a) o suspendido(a) de la escuela durante los 12 meses antepasados? Sí No
17. Durante el año pasado, el número de días que su hijo(a) a estado asistiendo a la escuela a:
- Aumentado
 - Seguido igual
 - Disminuido
 - No aplica (Por favor escoja la razón por la cual esta pregunta no aplica)
 - Mi hijo(a) no tenía problemas de asistencia en la escuela antes de empezar los servicios de salud mental
 - Mi hijo(a) es muy joven para asistir a la escuela
 - Mi hijo(a) fue expulsado(a) de la escuela
 - Mi hijo(a) fue instruido en casa, no atendió una escuela pública
 - Mi hijo(a) dejo de asistir a la escuela
 - Otra razón: _____

CONTINUÉ A LA SIGUIENTE PÁGINA...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CSI County Client Number
Must be entered on EVERY page

23462



Por favor responda las siguientes preguntas para que nos de a saber un poco más sobre su hijo(a).

18. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? Femenino Masculino Otro
19. ¿Es alguno de los padres de esté(a) joven de origen Mexicano/Hispano/Latino? Sí No No sé
20. ¿Cuál es la raza de esté(a) joven? (Por favor marque todas las respuestas que apliquen.)
 Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai / De otras Islas del Pacífico Raza desconocida
 Asiático Anglosajón / Blanco I
 Afro-Americano / Negro Otra raza
21. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de esté(a) joven? (Escriba dentro de las cajas y rellene cada círculo que corresponda. Vea el ejemplo.)

Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)

□□ - □□ - □□□□

0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9

EJEMPLO: Fecha de nacimiento es abril 30 de 1987

1. Escriba la fecha de nacimiento →

04 - 30 - 1987

2. Rellene los círculos que corresponden

0	●	○	○	○	○	○	○
1	○	○	○	○	○	○	○
2	○	○	○	○	○	○	○
3	○	○	○	○	○	○	○
4	○	○	○	○	○	○	○
5	○	○	○	○	○	○	○
6	○	○	○	○	○	○	○
7	○	○	○	○	○	○	○
8	○	○	○	○	○	○	○
9	○	○	○	○	○	○	○

22. ¿Tiene su hijo(a) seguro de Medi-Cal (Medicaid)? Sí No
23. ¿Los servicios que su hijo(a) recibió fueron proveídos en el idioma que ustedes prefirieron? Sí No
24. ¿Hubo información escrita disponible para su hijo(a) en el idioma que ustedes prefirieron (por ejemplo, folletos describiendo los servicios disponibles, sus derechos como consumidor y materiales educativos sobre la salud mental)? Sí No
25. Por favor identifique quién le ayudó a contestar cualquier parte de esta encuesta (Marque todas las respuestas que apliquen):
- No necesité ayuda.
 - Un partidario de salud mental / voluntario me ayudó.
 - Otro usuario de servicios de salud mental me ayudó.
 - Un miembro de mi familia me ayudó.
 - Un entrevistador profesional me ayudó.
 - El clínico o manejador del caso de mi hijo(a) me ayudó.
 - Un miembro del personal que no sea el clínico o manejador de caso de mi hijo(a) me ayudó.
 - Alguien más me ayudó. ¿Quién?: _____

!Gracias por tomar el tiempo para responder estás preguntas!

FOR OFFICE USE ONLY:

REQUIRED Information:

County Code: □□

Date of Survey Administration:

□□ - □□ - □□□□

Reason (if applicable):

- Ref Imp Lan Oth

Make sure the same CSI County Client Number is written on all pages of this survey.

□□□□□□□□□□

CSI County Client Number

Must be entered on EVERY page

Optional County Questions:

County Question #1 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #2 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Question #3 (mark only ONE bubble):

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

County Reporting Unit:

□□□□□□□□

23462

